N° 82-003-X au catalogue
ISSN 1209-1375

Rapports sur la santé

La mortinaissance et la mortalité infantile dans les communautés autochtones du Québec

par Nicolas L. Gilbert, Nathalie Auger et Michael Tjepkema

Date de diffusion : le 18 fevrier 2015

Statistique Canada Statistics Canada

Canada

Comment obtenir d'autres renseignements

Pour toute demande de renseignements au sujet de ce produit ou sur l'ensemble des données et des services de Statistique Canada, visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca.

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

Courriel à infostats@statcan.gc.ca

Téléphone entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi aux numéros sans frais suivants :

- Service de renseignements statistiques 1-800-263-1136
- Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants 1-800-363-7629
- Télécopieur 1-877-287-4369

Programme des services de dépôt

- Service de renseignements 1-800-635-7943
- Télécopieur 1-800-565-7757

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle que les employés observent. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont aussi publiées sur le site www.statcan.gc.ca sous « À propos de nous » > « Notre organisme » > « Offrir des services aux Canadiens »

Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population du Canada, ses entreprises, ses administrations et les autres établissements. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques exactes et actuelles.

Signes conventionnels dans les tableaux

Les signes conventionnels suivants sont employés dans les publications de Statistique Canada :

.	indisponible pour toute période de référence
..	indisponible pour une période de référence précise
...	n'ayant pas lieu de figurer
0	zéro absolu ou valeur arrondie à zéro
0[s]	valeur arrondie à 0 (zéro) là où il y a une distinction importante entre le zéro absolu et la valeur arrondie
[p]	provisoire
[r]	révisé
x	confidentiel en vertu des dispositions de la *Loi sur la statistique*
[E]	à utiliser avec prudence
F	trop peu fiable pour être publié
*	valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p<0,05)

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 2015

Tous droits réservés. L'utilisation de la présente publication est assujettie aux modalités de l'entente de licence ouverte de Statistique Canada.

Une version HTML **est aussi disponible.**

This publication is also available in English.

La mortinaissance et la mortalité infantile dans les communautés autochtones du Québec

par Nicolas L. Gilbert, Nathalie Auger et Michael Tjepkema

Résumé

Contexte
On sait que les taux de mortalité infantile et de mortinaissance sont plus élevés chez les Autochtones que dans le reste de la population du Canada, mais l'état de santé périnatale des Premières Nations vivant dans des réserves est mal connu. Cette étude examine les taux de mortinaissance et de mortalité infantile chez les Autochtones du Québec, en particulier les Premières Nations vivant dans des réserves, et les compare à ceux chez les non-Autochtones de cette province.

Données et méthodes
Les données sur les naissances vivantes et mortinaissances survenues au Québec de 1989 à 2008 ont été extraites du Fichier couplé des naissances et des décès infantiles de Statistique Canada. Les naissances et les mortinaissances survenues dans des réserves des Premières Nations, dans les communautés cries et naskapies (dont les communautés ne sont pas des réserves) et dans les communautés inuites ont été identifiées d'après le code postal. Les associations entre le type de communauté et les différents types de mortalité ont été mesurées à l'aide de régressions logistiques.

Résultats
La mortinaissance était plus élevée chez les Autochtones que chez les non-Autochtones au Québec, mais cette surmortalité cessait d'être significative après la prise en compte des caractéristiques sociodémographiques (l'âge et la scolarité des mères, la taille et l'isolement des communautés). La mortalité néonatale était aussi plus élevée chez les Inuits. La mortalité post-néonatale était plus élevée chez les Autochtones, cet écart étant indépendant des différences d'âge et de scolarité des mères ainsi que de taille et d'isolement des communautés. Les rapports de cotes ajustés (intervalles de confiance à 95 %) de la mortalité post-néonatale dans les réserves, dans les communautés cries et naskapies et dans les communautés inuites étaient respectivement de 1,57 (1,16 - 2,12), 3,01 (2,14 - 4,24) et 4,29 (3,09 - 5,97).

Interprétation
La mortinaissance et la mortalité infantile sont plus élevées chez les Autochtones que chez les non-Autochtones au Québec. Les écarts de mortalité post-néonatale sont particulièrement importants.

Mots-clés

Bases de données, couplage des données, Inuits, Premières nations, statistique de l'état civil

Auteurs

Pendant la mise en œuvre de cette étude, Nicolas Gilbert (Nicolas.Gilbert@phac-aspc.gc.ca) travaillait au Bureau régional de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits de Santé Canada, à Montréal, Québec. Nathalie Auger travaille au Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, à Montréal, Québec. Michael Tjepkema travaille à la Division de l'analyse de la santé de Statistique Canada à Ottawa, Ontario.

Plusieurs études ont révélé que les taux de mortalité infantile et de mortinaissance sont plus élevés chez les Premières Nations et les Inuits que dans le reste de la population du Canada[1-4]. Dans ces études, les Autochtones ont été identifiés selon la résidence dans une région où la population autochtone est en forte proportion, d'après les données du recensement, par l'auto-identification inscrite sur les enregistrements de naissances (en Colombie-Britannique) ou au moyen de la langue maternelle de la mère (au Québec).

Toutefois, ces études ne permettent pas de distinguer les membres des Premières Nations vivant dans des réserves. Il est pourtant utile de dresser un portrait de l'état de santé des Premières Nations vivant dans des réserves dont les conditions socioéconomiques sont souvent plus précaires que celles du reste de la population[5]. De plus, les services de santé dans les réserves sont gérés par un système de santé distinct. Santé Canada finance les activités de prévention et de promotion de la santé ainsi que les services de soins à domicile et communautaires pour cette population. Ce ministère est également responsable des soins de santé primaires dans les réserves éloignées, alors qu'il s'agit d'une responsabilité provinciale pour le reste de la population. L'établissement d'un portrait de l'état de santé de la population des réserves faciliterait la planification des programmes de santé qui lui sont destinés. Par ailleurs, l'identification des membres de cette population d'après la langue a le défaut d'exclure les Autochtones qui ont adopté l'anglais ou le français comme langue d'usage.

Cette analyse examine les taux de mortinaissance et de mortalité infantile chez les Autochtones du Québec, en particulier les Premières Nations vivant dans des réserves, et les compare à ceux chez les non-Autochtones de cette province.

Données et méthodes

Les données sur les naissances vivantes et les mortinaissances survenues au Québec de 1989 à 2008 ont été extraites du Fichier couplé des naissances et des décès infantiles de Statistique Canada. Ce fichier a été créé en reliant les enregistrements de décès de nourrissons de moins d'un an aux enregistrements de naissances[6]. L'année 2008 est la dernière année pour

laquelle le couplage des enregistrements était terminé au moment de l'étude.

Les enregistrements de naissances survenues dans des communautés autochtones ont ensuite été identifiés d'après le code postal. La validité des codes postaux a d'abord été vérifiée à l'aide du Fichier de conversion des codes postaux plus (FCCP+) de Statistique Canada[7]. Seuls les enregistrements comportant un code postal valide correspondant à des immeubles résidentiels (97,3 % du total) ont été conservés.

La liste des codes postaux correspondant à des réserves des Premières Nations, à des communautés cries ou naskapies ou à des communautés inuites a été établie à partir du programme FCCP+ selon le type de subdivision de recensement. Les Cris et les Naskapis ont été traités à part des autres Premières Nations car ils en diffèrent par deux aspects :

- En vertu de la *Convention de la Baie James et du Nord québécois de 1975*, les communautés cries et naskapies du Québec ne sont plus des réserves au sens de la *Loi sur les Indiens*. Santé Canada ne finance pas les soins primaires pour cette population, mais offre des services et programmes complémentaires aux services de santé mis en place par la province.
- Les compensations versées par le gouvernement du Québec pour l'utilisation des ressources hydro-électriques situées sur leur territoire ont changé leur situation socioéconomique.

Comme 11 réserves de Premières Nations du Québec partagent leur code postal avec une communauté non autochtone avoisinante, il est impossible d'identifier les membres de ces communautés autochtones au moyen du code postal. (Les communautés autochtones de Gesgapegiag, Timiskaming, Eagle Village, Ekuanitshit, Natashquan, Essipit, Matimekush-Lac John, Winneway, Kanesatake et Pakuashipi partagent leur code postal avec les communautés non autochtones voisines.) Deux variables distinctes ont donc été créées pour décrire le statut d'Autochtone selon le type de communauté : la première incluait les codes postaux partagés parmi les Premières Nations, tandis que l'autre incluait les codes postaux partagés parmi les non-Autochtones.

Les événements suivants ont été analysés :

- Les mortinaissances de fœtus pesant 500 g et plus (après exclusion des interruptions de grossesse);

Tableau 1
Caractéristiques des naissances, des mortinaissances et des décès infantiles, Québec, 1989 à 2008

	Naissances vivantes[1]		Mortinaissances		Décès infantiles	
Caractéristiques	**Nombre**	**%**	**Nombre**	**%**	**Nombre**	**%**
Total	1 620 270		5 560		8 100	
Type de communauté (codes postaux partagés inclus parmi les Premières Nations)						
Réserves des Premières Nations	16 240	1,0	90	1,6	100	1,2
Cris et Naskapis	6 860	0,4	30	0,5	80	1,0
Inuits	5 350	0,3	30	0,5	100	1,2
Non-Autochtones	1 591 820	98,2	5 400	97,1	7 820	96,5
Type de communauté (codes postaux partagés inclus parmi les non-Autochtones)						
Réserves des Premières Nations	12 170	0,8	70	1,3	80	1,0
Cris et Naskapis	6 860	0,4	30	0,5	80	1,0
Inuits	5 350	0,3	30	0,5	100	1,2
Non-Autochtones	1 595 890	98,5	5 420	97,5	7 850	96,9
Âge de la mère						
19 ans ou moins	65 140	4,0	300	5,4	560	6,9
20 à 34 ans	1 358 790	83,9	4 290	77,2	6 400	79,0
35 ans et plus	196 000	12,1	950	17,1	1 140	14,1
Scolarité de la mère						
9 ans ou moins	98 580	6,1	400	7,2	750	9,3
10 à 12 ans	510 680	31,5	1 520	27,3	2 780	34,3
13 ans et plus	831 080	51,3	2 160	38,8	3 330	41,1
Inconnue	179 940	11,1	1 470	26,4	1 240	15,3
Naissance						
Simple	1 580 670	97,6	5 180	93,2	7 010	86,5
Multiple	39 600	2,4	380	6,8	1 090	13,5
Gradient nord-sud						
Nord	10 690	0,7	60	1,1	160	2,0
Transition vers le nord	9 700	0,6	40	0,7	70	0,9
Transition vers le sud	133 630	8,2	440	7,9	750	9,3
Sud	1 466 250	90,5	5 010	90,1	7 130	88,0
Taille de la communauté et influence métropolitaine						
1 500 000 et plus	813 900	50,2	2 830	50,9	3 860	47,7
500 000 à 1 499 999	203 150	12,5	630	11,3	950	11,7
100 000 à 499 999	98 850	6,1	310	5,6	550	6,8
10 000 à 99 999	184 120	11,4	640	11,5	900	11,1
10 000 ou moins, forte influence métropolitaine	86 400	5,3	300	5,4	430	5,3
10 000 ou moins, moyenne influence métropolitaine	142 450	8,8	480	8,6	760	9,4
10 000 ou moins, faible influence métropolitaine	91 410	5,6	360	6,5	640	7,9
Période						
1989 à 1993	444 280	27,4	1 320	23,7	2 540	31,4
1994 à 1998	408 010	25,2	1 550	27,9	2 100	25,9
1999 à 2003	364 220	22,5	1 270	22,8	1 620	20,0
2004 à 2008	403 760	24,9	1 410	25,4	1 840	22,7

[1] les nombres de naissances vivantes incluent les décès infantiles
Note : Les nombres ont été arrondis à la dizaine près.
Source : Fichier couplé des naissances et des décès infantiles, 1989 à 2008.

- Les décès néonataux (survenus de 0 à 27 jours après la naissance);
- Les décès post-néonataux (survenus de 28 à 364 jours après la naissance);
- Les décès infantiles (somme des décès néonataux et post-néonataux).

Les variables suivantes, tirées des enregistrements de naissance, ont été incluses dans l'analyse :

- L'âge de la mère (catégories : 10 à 19 ans, 20 à 34 ans, et 35 ans et plus), parce que la mortalité infantile[8] et le taux de mortinaissance[9] sont plus élevés chez les enfants de mères de moins de 20 ans et de 35 ans et plus;
- Les années de scolarité de la mère (catégories : 9 ans et moins, 10 à 12 ans et 13 ans et plus), parce qu'une scolarité plus faible est associée à des taux plus élevés de mortinaissance et de mortalité infantile[10];
- La naissance multiple, parce que c'est un facteur de risque bien connu associé à la mortinaissance et à la mortalité infantile[11];
- L'année de naissance, regroupée par périodes de cinq ans, pour tenir compte de la diminution de la mortalité infantile durant les années 1990 et 2000[8].

Deux variables dérivées du FCCP+, ont également été incluses dans les analyses à cause de leur association connue avec les taux de mortinaissance et de mortalité infantile au Canada[12,13] :

- La taille des communautés et l'influence des zones métropolitaines sur les communautés (une mesure de l'isolement), combinées en une variable;
- Le gradient nord-sud.

Les taux des différents événements à l'étude ont été calculés. De plus, les associations entre les événements à l'étude et les facteurs de risques (le statut d'Autochtone, l'âge et la scolarité de la mère, la naissance multiple, le gradient nord-sud, la taille et l'isolement des communautés) ont été mesurées. Les rapports de cotes (RC) non ajustés et ajustés, ainsi que leurs intervalles de confiance (IC) à 95 %, ont été calculés à l'aide de régressions logistiques.

Conformément aux règles de divulgation de Statistique Canada, les nombres ont été arrondis à la dizaine près et les taux ont été calculés à partir des nombres arrondis. Toutefois, les rapports de cotes ont été calculés à partir des nombres exacts.

Résultats

En tout, 1 620 270 naissances vivantes et 5 560 mortinaissances ont été incluses dans l'analyse (tableau 1). Parmi les naissances vivantes, 8 100 étaient reliées à des enregistrements de décès. Le nombre de naissances survenues dans les réserves des Premières Nations, y compris les réserves dont le code postal était partagé, a été estimé à 16 240.

Tableau 2
Distribution des caractéristiques sociodémographiques des naissances, selon le type de communauté, Québec, 1989 à 2008

	Type de communauté							
	Réserves des Premières Nations		Cris et Naskapis		Inuits		Non-Autochtones	
Caractéristiques	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Âge de la mère								
19 ans ou moins	2 880	17,6	1 470	21,3	1 260	23,5	59 830	3,7
20 à 34 ans	12 190	74,6	4 930	71,6	3 840	71,5	1 342 130	84,0
35 ans et plus	1 260	7,7	490	7,1	270	5,0	194 930	12,2
Scolarité de la mère								
9 ans ou moins	3 730	22,8	2 010	29,1	1 340	24,9	91 890	5,8
10 à 12 ans	5 050	30,9	2 930	42,5	1 790	33,3	502 440	31,5
13 ans et plus	3 920	24,0	1 150	16,7	800	14,9	827 380	51,8
Inconnue	3 630	22,2	810	11,7	1 450	27,0	175 520	11,0
Naissance								
Simple	15 950	97,7	6 740	97,8	5 270	98,0	1 557 280	97,5
Multiple	380	2,3	150	2,2	110	2,0	39 340	2,5
Gradient nord-sud								
Nord	520	3,2	4 250	61,7	5 380	100,0	610	0,0
Transition vers le nord	1 180	7,2	2 630	38,2	0	0,0	5 940	0,4
Transition vers le sud	7 110	43,5	10	0,1	0	0,0	126 950	7,9
Sud	7 530	46,1	0	0,0	0	0,0	1 463 730	91,6
Taille de la communauté et influence métropolitaine								
1 500 000 et plus	2 720	16,7	0	0,0	0	0,0	813 970	51,0
500 000 à 1 499 999	370	2,3	0	0,0	0	0,0	203 420	12,7
100 000 à 499 999	140	0,9	0	0,0	0	0,0	99 020	6,2
10 000 à 99 999	4 860	29,8	0	0,0	0	0,0	179 870	11,3
10 000 ou moins, forte influence métropolitaine	40	0,2	0	0,0	0	0,0	86 840	5,4
10 000 ou moins, moyenne influence métropolitaine	110	0,7	0	0,0	0	0,0	142 670	8,9
10 000 ou moins, faible influence métropolitaine	8 080	49,5	6 890	100,0	5 380	100,0	71 440	4,5

Nota : Les valeurs présentées sont les nombres de naissances (y compris les mortinaissances). Les nombres ont été arrondis à la dizaine près.
Source : Fichier couplé des naissances et des décès infantiles, 1989 à 2008.

Tableau 3
Mortinaissance dans les communautés autochtones et non autochtones, Québec, 1989 à 2008

Type de communauté	Taux pour 1 000 naissances[2]	Rapports de cotes non ajustés	Intervalle de confiance à 95 % de	à	Rapports de cotes ajustés[3]	Intervalle de confiance à 95 % de	à
Réserves des Premières Nations	5,5	1,60*	1,29	1,97	1,22	0,98	1,52
Cris et Naskapis	4,4	1,46*	1,04	2,05	1,26	0,88	1,80
Inuits	5,6	1,76*	1,25	2,50	1,25	0,86	1,81
Non-Autochtones[1]	3,4	...	...	...	...	...	...

* différence significative par rapport aux non-Autochtones (p<0,05)
[1] catégorie de référence
[2] dénominateur comprend les naissances vivantes et les mortinaissances
[3] pour l'âge et le niveau de scolarité de la mère; la naissance multiple; la taille de la communauté et l'influence métropolitaine; et la période
... n'ayant pas lieu de figurer
Nota : Les taux ont été calculés à partir des nombres arrondis à la dizaine près. Les rapports de cotes ont été calculés à partir des nombres non arrondis.
Source : Fichier couplé des naissances et des décès infantiles, 1989 à 2008.

Tableau 4
Mortalité infantile (survenant de 0 à 364 jours après la naissance) dans les communautés autochtones et non autochtones, Québec, 1989 à 2008

Type de communauté	Taux pour 1 000 naissances vivantes	Rapports de cotes non ajustés	Intervalle de confiance à 95 % de	à	Rapports de cotes ajustés[3]	Intervalle de confiance à 95 % de	à
Réserves des Premières Nations	6,2	1,31*	1,08	1,59	1,00	0,82	1,23
Cris et Naskapis	11,7	2,24*	1,78	2,82	1,63*	1,28	2,10
Inuits	18,7	3,86*	3,16	4,71	2,62*	2,10	3,28
Non-Autochtones[1]	4,9	...	...	...	...	...	...

* différence significative par rapport aux non-Autochtones (p<0,05)
[1] catégorie de référence
[3] pour l'âge et le niveau de scolarité de la mère; la naissance multiple; la taille de la communauté et l'influence métropolitaine; et la période
... n'ayant pas lieu de figurer
Nota : Les taux ont été calculés à partir des nombres arrondis à la dizaine près. Les rapports de cotes ont été calculés à partir des nombres non arrondis.
Source : Fichier couplé des naissances et des décès infantiles, 1989 à 2008.

Tableau 5
Mortalité néonatale (survenant de 0 à 27 jours après la naissance) dans les communautés autochtones et non autochtones, Québec, 1989 à 2008

Type de communauté	Taux pour 1 000 naissances vivantes	Rapports de cotes non ajustés	Intervalle de confiance à 95 % de	à	Rapports de cotes ajustés[3]	Intervalle de confiance à 95 % de	à
Réserves des Premières Nations	3,7	0,95	0,73	1,24	0,77	0,59	1,01
Cris et Naskapis	4,4	1,21	0,84	1,73	0,97	0,66	1,41
Inuits	9,3	2,55*	1,92	3,38	1,86*	1,37	2,54
Non-Autochtones[1]	3,6	...	...	...	...	...	...

* différence significative par rapport aux non-Autochtones (p<0,05)
[1] catégorie de référence
[3] pour l'âge et le niveau de scolarité de la mère; la naissance multiple; la taille de la communauté et l'influence métropolitaine; et la période
... n'ayant pas lieu de figurer
Nota : Les taux ont été calculés à partir des nombres arrondis à la dizaine près. Les rapports de cotes ont été calculés à partir des nombres non arrondis.
Source : Fichier couplé des naissances et des décès infantiles, 1989 à 2008.

Après exclusion des naissances survenues dans ces dernières réserves, le nombre a diminué et s'est établi à 12 170. Les nombres de naissances dans les communautés cries et naskapies et dans les communautés inuites étaient respectivement de 6 860 et 5 350. Les mères autochtones étaient nettement plus jeunes et moins scolarisées que les autres (tableau 2).

Pour la plupart des événements à l'étude, le classement des codes postaux partagés soit parmi les réserves des Premières Nations ou parmi les communautés non autochtones ne changeait pas substantiellement les taux ni les rapports de cotes. Par conséquent, seuls les résultats basés sur la première approche sont présentés dans les tableaux 2 à 6. Pour ce qui est du taux de mortalité post-néonatale, le seul pour lequel l'approche utilisée changeait substantiellement les résultats.

Les taux de mortinaissance chez les Autochtones vivant dans des réserves des Premières Nations, dans les communautés cries et naskapies et dans les communautés inuites étaient significativement plus élevés que ceux chez les non-Autochtones, mais ces écarts n'étaient plus statistiquement significatifs après ajustement pour les caractéristiques maternelles, la naissance multiple et l'isolement géographique (tableau 3).

La mortalité infantile était également plus élevée chez tous les groupes autochtones à l'étude. Toutefois, dans les réserves des Premières Nations, l'écart disparaissait après ajustement pour les caractéristiques maternelles, la naissance multiple et l'isolement géographique (tableau 4).

La mortalité néonatale était significativement plus élevée chez les Inuits que chez les non-Autochtones, mais il n'y avait pas de différence significative entre la mortalité néonatale chez les Premières Nations et chez les non-Autochtones (tableau 5).

Enfin, la mortalité post-néonatale était significativement plus élevée chez tous les groupes autochtones que chez les non-Autochtones. La surmortalité demeurait significative après ajustement (tableau 6). L'écart entre les réserves

Tableau 6
Mortalité post-néonatale (survenant de 28 à 364 jours après la naissance) dans les communautés autochtones et non autochtones, Québec, 1989 à 2008

Type de communauté	Taux pour 1 000 survivants néonataux[2]	Rapports de cotes non ajustés	Intervalle de confiance à 95 % de	Intervalle de confiance à 95 % à	Rapports de cotes ajustés[4]	Intervalle de confiance à 95 % de	Intervalle de confiance à 95 % à
Réserves des Premières Nations	3,1	2,29*	1,72	3,05	1,57*	1,16	2,13
Cris et Naskapis	7,3	5,11*	3,80	6,87	3,01*	2,14	4,24
Inuits	9,4	7,48*	5,66	9,89	4,29*	3,09	5,97
Non-Autochtones[1]	1,3	...	...	...	...	...	...

* différence significative par rapport aux non-Autochtones ($p<0,05$)
[1] catégorie de référence
[2] nourrissons ayant reçu 28 jours
[3] pour l'âge et le niveau de scolarité de la mère; la naissance multiple; la taille de la communauté et l'influence métropolitaine; et la période
... n'ayant pas lieu de figurer
Nota : Les taux ont été calculés à partir des nombres arrondis à la dizaine près. Les rapports de cotes ont été calculés à partir des nombres non arrondis.
Source : Fichier couplé des naissances et des décès infantiles, 1989 à 2008.

des Premières Nations et les communautés non autochtones était plus grand si les codes postaux partagés étaient comptés parmi ceux des communautés non autochtones (RC ajusté 1,79; IC à 95 % :1,29 - 2,47) que s'ils étaient comptés parmi ceux des réserves (RC ajusté 1,57; IC à 95 % : 1,16 - 2,13).

Discussion

Les inégalités en santé périnatale entre Autochtones et non-Autochtones au Québec sont déjà connues[3,4]. La présente étude apporte un éclairage nouveau en décrivant spécifiquement l'état de santé périnatale chez les Premières Nations vivant dans des réserves et les communautés cries et naskapies, et en comparant cet état à celui chez les non-Autochtones.

D'une part, les taux significativement plus élevés de mortinaissance, de mortalité néonatale et de mortalité post-néonatale avant ajustement (pour l'âge maternel, la scolarité de la mère, la taille et l'isolement des communautés et la période) indiquent que les communautés autochtones sont désavantagées par rapport au reste de la population de la province. D'autre part, les taux significativement plus élevés de mortalité post-néonatale chez tous les Autochtones et de mortinaissance chez les Inuits, après ajustement, indiquent un écart indépendant des différences d'âge maternel et de scolarité de la mère entre Autochtones et non-Autochtones. Certains comportements associés au risque de mortinaissance et à la mortalité infantile sont également associés à l'âge et à la scolarité des mères. C'est le cas notamment du tabagisme durant la grossesse, qui constitue un facteur de risque, et de l'allaitement, qui constitue un facteur de protection[14].

Les Premières Nations vivant dans des réserves présentaient un taux plus élevé de mortinaissance mais un taux plus faible de mortalité néonatale que les non-Autochtones. Il est possible que la mortalité néonatale apparemment faible chez les Premières Nations résulte en partie d'un sous-enregistrement des nouveau-nés non viables. Ce phénomène a été observé en Ontario[15] et pourrait également exister dans certains établissements de santé d'autres provinces.

La surmortalité associée aux mortinaissances observée dans les communautés autochtones était réduite et cessait d'être significative après ajustement pour l'âge, la scolarité de la mère, la taille et l'isolement des communautés, ce qui suggère que cette surmortalité est en partie attribuable à ces facteurs.

La mortalité post-néonatale était, elle aussi, plus élevée dans les communautés autochtones que chez le reste de la population et, les écarts demeuraient statistiquement significatifs chez tous les Autochtones après ajustement. En fait, la mortalité post-néonatale est l'événement pour lequel la différence entre Autochtones et non-Autochtones est la plus marquée. D'autres études ont déjà démontré que l'écart entre les classes socioéconomiques était plus marqué pour la mortalité post-néonatale que pour les mortinaissances et la mortalité néonatale[8,16]. Le petit nombre d'événements (environ 100 décès infantiles dans les réserves, 60 chez les Cris et les Naskapis et 110 chez les Inuits) a rendu difficile la comparaison des causes de mortalité.

En l'absence de données sur les comportements et les autres facteurs individuels de risques et de protection, il était impossible d'identifier des causes possibles des écarts observés dans le cadre de cette étude. Toutefois, plusieurs facteurs de risque connus ont une prévalence plus élevée chez les Autochtones que dans le reste de la population.

Ce que l'on sait déjà sur le sujet?

- Les taux de mortalité infantile et de mortinaissance sont plus élevés chez les Autochtones que dans le reste de la population canadienne.

Ce qu'apporte l'étude?

- Au Québec, les Inuits, les Cris et les Naskapis (Premières Nations du nord de la province) et les Premières Nations vivant dans des réserves dans le sud de la province ont des taux de mortinaissance et de mortalité post-néonatale supérieurs à ceux du reste de la population de la province.
- Cette surmortalité post-néonatale est indépendante de l'âge et de la scolarité des mères ainsi que de la taille et de l'isolement des communautés.
- La mortalité post-néonatale dans les réserves des Premières Nations du sud du Québec est non seulement supérieure à celle de la population non-Autochtone de la province, mais aussi à celle de communautés non-Autochtones également isolées et désavantagées du point de vue socioéconomique.

Ainsi, les femmes inuites et celles des Premières Nations du Québec fument davantage que les autres québécoises[17,18], le taux de macrosomie (poids de naissance supérieur à 4 000 g) est plus élevé chez les Premières Nations que chez les non-Autochtones[13,19] et le taux de prématurité est plus élevé chez les Inuits[20]. De plus, les conditions socioéconomiques défavorables présentes dans plusieurs communautés peuvent entraîner l'agrégation d'autres facteurs de risque qui ne sont pas saisis dans les statistiques de l'état civil et les enquêtes sur la santé.

Limites

Le principal inconvénient de cette étude est l'identification des Autochtones au moyen du code postal, qui ne permet pas de distinguer précisément les Autochtones des non-Autochtones qui vivent dans les mêmes communautés. Parmi les autres inconvénients, mentionnons l'absence d'information sur les mortinaissances de moins de 500 g (dont l'enregistrement n'est pas requis), le possible sous-enregistrement des décès néonataux et le faible nombre d'événements (associé à l'obligation d'arrondir les nombres) qui a empêché l'étude des taux de mortalité par cause. Enfin, puisque l'usage des données de l'état civil limitait l'analyse aux informations recueillies pendant l'enregistrement des naissances et des décès, les facteurs comportementaux comme l'allaitement et le tabagisme n'ont pas pu être pris en compte.

Conclusion

La mortinaissance et la mortalité post-néonatale sont plus élevées dans les réserves des Premières Nations, dans les communautés cries et naskapies et dans les communautés inuites que dans le reste de la population du Québec. La mortalité néonatale est également plus élevée chez les Inuits. Dans le cas de la mortalité post-néonatale, l'écart entre les Autochtones et les non-Autochtones subsiste après ajustement pour tenir compte des différences sociodémographiques (l'âge et la scolarité de la mère), ce qui indique que d'autres mécanismes contribuent à la différence observée chez les Autochtones. ■

Remerciements

Les auteurs remercient Laurie St-Onge pour son aide lors de l'élaboration des listes de codes postaux, Russell Wilkins pour ses précieux conseils, et Christine Fogl et Sylvie Aubuchon pour avoir lu et commenté une version préliminaire de cet article.

Références

1. Z.C. Luo, W.J. Kierans, R. Wilkins *et al.*, « Infant mortality among First Nations versus non-First Nations in British Columbia: temporal trends in rural versus urban areas, 1981-2000 », *International Journal of Epidemiology*, 33(6), 2004, p. 1252-1259.
2. Z.C. Luo, R. Wilkins, M. Heaman *et al.*, « Birth outcomes and infant mortality by the degree of rural isolation among First Nations and non-First Nations in Manitoba, Canada », *Journal of Rural Health*, 26(2), 2010, p. 175-181.
3. F. Simonet, R. Wilkins et Z.C. Luo. « Temporal trends in Inuit, First Nations and non-Aboriginal birth outcomes in rural and northern Quebec », *International Journal of Circumpolar Health*, 71, 2012, p. 18791.
4. N. Auger, A.L. Park, H. Zoungrana *et al.*, « Rates of stillbirth by gestational age and cause in Inuit and First Nations populations in Quebec », *Canadian Medical Association Journal*, 185(6), 2013, p. E256-E262.
5. M. Deslauriers, « *La situation socioéconomique des résidents des collectivités des Premières Nations et des collectivités environnantes : impact des facteurs de contexte et des facteurs individuels* », Mémoire de maîtrise en sociologie, Montréal: Université de Montréal, 2011. http://www.collectionscanada.gc.ca/obj/thesescanada/vol2/QMU/TC-QMU-5344.pdf.
6. M. Fair, M. Cyr, A.C. Allen *et al.*, « Une évaluation de la validité d'un système informatique pour le couplage probabiliste des enregistrements de naissances et de décès de nourrissons au Canada », *Maladies chroniques au Canada*, 21(1), 2000, p. 8-14.
7. R. Wilkins et S. Khan, *FCCP+ Version 5J Guide de l'utilisateur. Logiciel de codage géographique basé sur les Fichiers de conversion des codes postaux de Statistique Canada mises à jour en mai 2011*(Statistique Canada n° 82F0086-XDB au catalogue), Ottawa, Statistique Canada, 2011.
8. N.L. Gilbert, N. Auger, R. Wilkins et M.S. Kramer, « Neighbourhood income and neonatal, postneonatal and sudden infant death syndrome (SIDS) mortality in Canada, 1991-2005 », *Canadian Journal of Public Health*, 104(3), 2013, p. e187-e192.
9. N. Auger, A.L. Park, S. Harper *et al.*, « Educational inequalities in preterm and term small-for-gestational-age birth over time », *Annals of Epidemiology*, 22(3), 2012, p. 160-167.
10. Z.C. Luo, R. Wilkins et M.S. Kramer, « Effect of neighbourhood income and maternal education on birth outcomes: a population-based study », *Canadian Medical Association Journal*, 174(10), 2006, p. 1415-1420.

11. Agence de la santé publique du Canada, *Rapport sur la santé périnatale au Canada - édition 2008*, 2008.

12. Z.C. Luo et R. Wilkins, « Degree of rural isolation and birth outcomes », *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 22(4), 2008, p. 341-349.

13. Z.C. Luo, R. Wilkins, M. Heaman *et al.*, « Birth outcomes and infant mortality among First Nations Inuit, and non-Indigenous women by northern versus southern residence, Quebec », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66(4), 2012, p. 328-333.

14. N.L. Gilbert, S. Bartholomew, M.-F. Raynault et M.S. Kramer, « Temporal trends in social disparities in maternal smoking and breastfeeding in Canada, 1992-2008 », *Maternal and Child Health Journal*, 18(8), 2014, 1905-1911.

15. K.S. Joseph, A. Allen, M.S. Kramer *et al.*, « Changes in the registration of stillbirths < 500 g in Canada, 1985-95 », *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 13(3), 1999, p. 278-287.

16. Z.C. Luo, W.J. Kierans, R. Wilkins *et al.*, « Disparities in birth outcomes by neighborhood income: temporal trends in rural and urban areas, British Columbia », *Epidemiology*, 15(6), 2004, p. 679-686.

17. C. Lavallée et C. Bourgault, « The health of Cree, Inuit and southern Quebec women: similarities and differences », *Canadian Journal of Public Health*, 91(3), 2000, p. 212-216.

18. G. Muckle, D. Laflamme, J. Gagnon *et al.*, « Alcohol, smoking, and drug use among Inuit women of childbearing age during pregnancy and the risk to children », *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 35(6), 2011, p. 1081-1091.

19. S. Wassimi, R. Wilkins, N.G.L. McHugh *et al.*, « Association of macrosomia with perinatal and postneonatal mortality among First Nations people in Quebec », *Canadian Medical Association Journal*, 183(3), 2011, 322-326.

20. N. Auger, M. Fon Sing, A.L. Park *et al.*, « Preterm birth in the Inuit and First Nations populations of Québec, Canada, 1981-2008 », *International Journal of Circumpolar Health*, 71, 2012, p. 17520.